



Declaración Jurada del Proveedor por Pérdida, Hurto o Destrucción de la Orden de Pago

Vendor Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant

ESTADO DE WASHINGTON

) **ENVIAR A:**
) DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
) OFFICE OF ACCOUNTING SERVICES (OAS)
 PO BOX 45842
 OLYMPIA WA 98504-5842

Sólo
para uso
de OAS

Yo, _____ (nombre en letra de molde), habiendo presentado debidamente juramento, afirmo y declaro que soy el propietario, beneficiario o representante legal apropiado de la Orden de Pago Número _____, de dicho propietario o beneficiario del estado de Washington, con fecha _____, por el monto de \$_____, y que dicha orden de pago ha sido extraviada, ha sido destruida o no ha sido entregada a mi persona y que a mi leal saber y entender no ha sido pagada. Si subsecuentemente hallara la orden de pago, la devolveré.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

TELÉFONO DEL BENEFICIARIO

DOMICILIO POSTAL

CIUDAD

ESTADO

C.P.

SELLO DE NOTARIO

Estado de _____

Condado de _____

Certifico que conozco o poseo evidencia satisfactoria de que _____ (nombre de la persona) es la persona que comparece ante mí, y dicha persona reconoce que ha firmado este instrumento libre y voluntariamente para los usos y propósitos indicados en el presente.

Fecha _____ Firma _____

Título _____ Mi nombramiento expira _____

TESTIGOS: ÚNICAMENTE REQUERIDOS SI EL BENEFICIARIO FIRMÓ CON UNA (X) ARRIBA

1	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (DEL TESTIGO) AQUÍ	
	DOMICILIO RESIDENCIAL	CIUDAD	ESTADO	C.P.
2	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (DEL TESTIGO) AQUÍ	
	DOMICILIO RESIDENCIAL	CIUDAD	ESTADO	C.P.

PARA USO EXCLUSIVO DE DSHS
AUTORIZACIÓN DE CANCELACIÓN DE ORDEN DE PAGO

AGENCIA/SUB	FECHA DE EMISIÓN	BIENNIUM	NÚMERO DE ORDEN DE PAGO	
NOMBRE			NÚMERO DE REGISTRO	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	C.P.	FONDO
				MONTO
AUTORIZADO POR		TELÉFONO		
			TOTAL	